



DÉCLARATION DE SINISTRE

Contrat d'assurance garanties de base
Fédération française du bénévolat associatif
N° 108138/R

Déclaration à adresser à :

FFBA

5 RUE DES CASTORS
68200 MULHOUSE

Mail : contact@benevolat.org
Tél. : 03 89 43 36 66

Si la victime est titulaire d'une licence sportive, merci de transmettre également cette déclaration à la fédération sportive.

ASSOCIATION

- Dénomination et adresse :
- Téléphone :
- Email :
- N° adhérent FFBA :
- Référence sinistre FFBA :
- N° ordre mentionné sur votre attestation d'assurance :
- Nom de naissance et prénom du Président :

PERSONNE PHYSIQUE BLESSÉE

- Nom de naissance et prénom :
- Date de naissance :
- Email :
- Garantie optionnelle indemnisation des accidents corporels des adhérents ou pratiquants : OUI NON
- Licence bénévole : OUI NON
- Assurance personnelle (à remplir obligatoirement - Article L.121-4 du Code des assurances)
Avez-vous souscrit ?
 - un contrat "responsabilité civile" : OUI NON
 - un contrat "Multirisque habitation" : OUI NON
 - un assurance scolaire : OUI NON
 - une licence Fédération sportive : OUI NON
- Nom de la société d'assurance :
- Adresse :
- N° de contrat :

CIRCONSTANCES DU SINISTRE

- Date :
- Lieu :
- Département :
- Activité exercée lors de la survenance du sinistre :
- Causes et circonstances du sinistre :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- A-t-il été établi un constat ? OUI (le joindre) NON
- A-t-il été établi un procès verbal ? OUI (le joindre) NON
- Si oui : coordonnées des autorités de police :
- Témoins (nom de naissance, prénom et adresse) :
.....
.....
.....
.....

DOMMAGES

- Dommages matériels : OUI NON
Description :
- Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) :
- Dommages corporels : OUI NON
Description (joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et en cas de décès, le certificat de décès) :
.....
.....
- Organismes sociaux :
Assurance maladie (Sécurité sociale, MSA, etc.) : OUI NON
Complémentaire - Mutuelle santé : OUI NON
- Frais de secours : OUI NON
- Intervention de SMACL Assistance : OUI NON
Si oui, mentionner le numéro dossier :

LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (TIERS) ?

- Nom de naissance et Prénom :
- Adresse :
- Assureur (nom de la compagnie et adresse) :

- N° de contrat :

- A-t-il subi des dommages matériels ? OUI NON

Description :

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) :

- A-t-il subi des dommages corporels ? OUI NON

Description (joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et en cas de décès, le certificat de décès) :

.....

Vos données personnelles : SMACL Assurances, en qualité de responsable du traitement, recueille et utilise vos données personnelles pour la gestion de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en oeuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et de ses sociétaires.

Les données médicales vous concernant collectées ci-dessus nous sont nécessaires pour le traitement de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours.

Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

J'accepte que des données médicales me concernant soient collectées et traitées par Smacl Assurances pour les stricts besoins liés à la gestion de mon dossier et qu'elles soient communiquées à tout médecin, avocat, expert ou autre organisme intervenant au dossier ou dont l'avis est sollicité dans l'exercice de mon recours. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, mais nous ne serons alors plus en mesure de traiter votre demande d'indemnisation si des données médicales sont nécessaires.

Fait à, le

Nom et signature du déclarant (avec mention "certifié sincère et véritable") :

SMACL Assurances

141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9

Tél. : +33 (0)5 49 32 56 56

SMACL Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
régie par le Code des assurances - RCS Niort n° 301 309 605.

